

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° 415

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Léon MAMOUL

né à Tauriac (Lot) le 7 août 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER GASTRIQUE
SOUS-CARDIAQUE

Président : M. P. CARNOT, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Léon MAMOUL

né à Tauriac (Lot) le 7 août 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU CANCER GASTRIQUE

SOUS-CARDIAQUE

Président : M. P. CARNOT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1926

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ CHAUFFARD.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Clinique thérapeutique médicale.. ..	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale
 ALGRAVE .. Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . Pathologie médicale
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN .. Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHE-
 TIERE Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULE Pathologie médicale
 BUSQUET .. Pharmacologie et
 matière médicale.
 CADENAT.... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale
 CLERC Pathologie médicale
 DEBRE Hygiène.
 I. DE JONG . Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE Obstétrique.
 FIESSINGER Pathologie médic.
 FOIX Pathologie médicale
 GARNIER .. Pathologie expérimentale.
 HARVIER.... Pathologie médicale
 HEITS-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX ... Parasitologie.

MM.

LABBE Henri Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.. Obstétrique.
 LEMAITRE . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE .. Pathologie médicale
 LEVY SOLAL Obstétrique.
 LHERMITTE Pathologie médicale
 LIAN Pathologie médicale
 MATHIEU... Pathologie chirurgicale.
 METZGER .. Obstétrique.
 MOCQUOT .. Pathologie chirurgicale.
 MONDOR ... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 RIBIERRE .. Pathologie médicale
 RICHTER Fils.. Physiologie.
 ROUVIERE .. Anatomie.
 TANON Pathologie médicale
 TIFFENEAU Pharmacologie et
 matière médicale
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VERNE Histologie
 VILLARET .. Pathologie médicale
 WELTER ... Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

HM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.. Pathologie médicale
 GUENIOT ... Obstétrique

MM.

RETTERRER . Histologie.
 ROUSSY Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.			MM.		
AUVRAY.....	Clinique	chirurgi-	LERI	Clinique	médicale.
	cale.				
CHEVASSU..	Clinique	chirurgi-	LÉPER	Clinique	médicale.
	cale.				
LAIGNEL-LA			PROUST	Clinique	chirurgi-
VASTINE ..	Clinique	médicale		cale.	
LEREBOUL-			RATHERY ..	Clinique	médicale.
LET	Clinique	médicale	SCHWARTZ .	Clinique	chirurgi-
	infantile.			cale.	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédi-
		que chez l'adulte pour les accidentés
		du travail, les mutilés de guerre et les
		infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLAY BERT....		Education physique.
LEDOUX-LEBARD ..		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon PERE

et de

Ma MERE

« O l'amour d'une Mère, Amour que nul n'oublie! »

(V. HUGO)

A mes FRERES

A mes PARENTS

A mes AMIS

A mon Président de THESE

M. le Professeur P. CARNOT
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hopital Beaujon

*Respectueux hommage de reconnaissance pour
l'honneur qu'il à bien voulu nous faire en ac-
ceptant la présidence de cette thèse*

A mon MAITRE

M. le Docteur P. LE NOIR
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hopital St-Antoine

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a, en toutes circonstances, dirigé de ses
Conseils précieux et éclairés*

A mes Maitres dans les Hopitaux

M. le Professeur VAQUEZ
Professeur de clinique Thérapeutique
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Pitié

M. le Professeur JEANSELME
Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et
Syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hopital St-Louis

A la mémoire du regretté Docteur BERGE
Médecin de l'Hopital Broussais

M. le Professeur P. SEBILEAU
Chirurgien des Hopitaux
Professeur de la Clinique d'oto-Rhino-Laryngologie

M. le Professeur COUVELAIRE
Professeur d'obstetrique (Clinique Beaudeloque)
Accoucheur des Hopitaux

M. le Docteur MORAX
Ophtalmologiste de l'Hopital Lariboisière

M. le Docteur LESNE
Médecin de l'Hopital Trousseau

INTRODUCTION

Le diagnostic de localisation des affections gastro duodenales se heurte en pratique à de nombreuses difficultés. Et il n'est pas jusqu'à des symptômes à distance qui ne puissent contribuer à l'égarer.

Ce retentissement à distance des lésions gastriques est actuellement à l'ordre du jour.

Il doit être bien connu, en raison de son importance pratique et des problèmes de Clinique journalière qu'il peut soulever.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas particulièrement intéressant à l'Hôpital St-Antoine, dans le service de notre Maître, M. le Docteur Le Noir.

Il s'agissait d'un Cancer gastrique sous cardiaque à forme anémique ayant donné lieu alternativement à une symptomalogie duodenale et œsophagienne.

Nous rapporterons d'abord l'observation telle que nous l'avons suivie avec M. le Docteur Le Noir et son interne M. Maurice Bariéty.

Puis, à son propos, nous présenterons quelques considérations qui constitueront notre apport très modeste à cette question.

Mais il importe avant tout que nous définissions bien ce que nous entendons par cancer sous cardiaque.

Sous ce terme nous comprenons *tous les cancers gastriques haut situés sur la petite courbure, la grande cour-*

bure, les faces, intéressant directement ou n'intéressant pas le Cardia, mais toujours développés à son voisinage.

La définition que nous adoptons est très voisine de celle employée par Guérin (1) à propos des ulcères gastriques juxta-cardiaques : « Ulcères dont le champ d'action est limité, en haut par le cardia, en bas par une ligne fictive partant de la petite courbure à 3 cm. environ au dessous du cardia et atteignant la grande courbure à la partie supérieure de sa convexité ».

L'OBSERVATION

(Cette observation a été présentée par MM. le Docteur Le Noir, Barièty et nous même (2) à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance de 7 mai 1926);

Observation. — M. S... entre une première fois, en décembre 1908, dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine pour une *colique de plomb* suivie d'une *paralysie saturine* dont il ne reste presque plus de traces au bout de deux ans et demi.

Le 15 janvier 1922, à soixante et un ans, il revient pour

une *hématémèse* abondante, de sang rouge, survenue spontanément sans être accompagnée de véritables douleurs.

Quelques jours après, il présente une nouvelle *hématémèse* suivie de *méloëna*.

Il revient encore en 1923, en mars 1924, en septembre 1924, toujours pour des *hématémèses* suivies de *méloëna*.

Le malade ne se plaint pourtant d'aucun signe digestif : pas de douleurs, tout au plus un peu d'inappétence.

Localement, l'examen physique est négatif. La palpation n'est pas douloureuse. Il n'existe pas de clapotage. On ne sent pas de tumeur.

Un tubage à jeun ne retire pas de liquide résiduel. Après repas d'épreuve, le chimisme est sensiblement normal, avec cependant une légère tendance hypopeptique.

Une *radioscopie*, pratiquée le 13 octobre 1924, montre un estomac orthotonique, en forme de corne de bœuf, hyperkinétique avec évacuation rapide. Le *bulbe duodénal* est douloureux à la palpation.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Mais, à ce moment (novembre 1924), on est frappé par deux choses :

1° Par la *paleur* du malade. La peau, en effet, est cireuse, les muqueuses sont décolorées, le malade se plaint d'essoufflement et d'une grande faiblesse.

2° Par une *Dysphagie* à type œsophagien. Le malade ne peut boire que par petites gorgées. Il a la sensation

que « ça ne passe pas ». Par moment même il présente des régurgitations à type œsophagien.

L'examen du sang confirme l'anémie :

Globules rouges	1.500.000
Globules blancs	18.000
Polynucléaires	71
Grands mononucléaires	12
Moyens mononucléaires	11
Lymphocytes	4
Eosinophiles	2

Anisocytose, poïkylocytose. Pas d'hématies nucléées, ni de cellules primordiales, ni de myélocytes.

Le *temps de saignement* est de deux minutes et demi. La *coagulation* dure neuf minutes trente secondes. Il n'y a ni irrétractilité, ni redissolution du caillot.

Le *taux d'hémoglobine*, mesuré au Gowers est de 40 p. 100.

La *courbe d'hémolyse* sur globules déplasmatisés montre une très légère fragilité globulaire et surtout un allongement de la courbe d'hémolyse :

H1 = 54 — H2 = 46 — Ht = 22.

Enfin, le sérum du malade hémolyse partiellement les hématies déplasmatisées d'un sujet sain et partiellement aussi les hématies du malade lui-même. Il renferme donc des *hémolysines*.

Un nouvel *examen radioscopique* (6 décembre 1924) montre 1° un *arrêt de la baryte* dans la partie terminale de l'œsophage au niveau du diaphragme.

2° Au bout de dix minutes cependant, le passage se fait dans *l'estomac*. Celui-ci se remplit rapidement. Il apparaît alors vertical, un peu à gauche de la ligne médiane. Son bas-fond siège à un travers de main au-dessous de la ligne bi-iliaque. On ne voit aucune anomalie du contour des courbures.

Bientôt se dessine un *péritaltisme* violent. Les ondes commencent haut, se succèdent à intervalle rapproché et indentent profondément les deux courbures.

L'évacuation est cependant très intermittente, car de nombreuses ondes avortent.

3° Le *bulbe duodénal* ne se remplit pas spontanément d'une façon complète, alors que la deuxième portion est visible.

L'expression manuelle de l'antré permet de voir le *bulbe* qui paraît *nettement déformé*.

La palpation réveille un *point sensible* très net au niveau de la région bulbaire.

Devant ces renseignements, on se rallie à titre d'attente à *l'hypothèse d'ulcère* duodénal ou duodéno-pylorique que semblent justifier la radioscopie (les troubles oesophagiens pouvant ressortir à un spasme à distance), le suintement sanguin discontinu (un Weber et un Meyer sont négatifs le 23 novembre), l'absence d'anorexie vraie, l'amaigrissement peu marqué (3 ou 4 kilogrammes).

En outre, l'idée d'une *néphrite chronique* ne peut être éliminée. Il s'agit, en effet, d'un ancien saturnin, polyurique et hypertendu (18,8 au Vaquez). Il présente quel-

ques petits signes de brightisme (doigt mort, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes).

Si les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, par contre l'*urée sanguine* est à 0.90. L'épreuve de la *phénol-sulfonephthaléine* donne une élimination de 20 p. 100 seulement.

Cependant, le taux de la cholestérine est normal, à 1 gr. 50.

Signalons enfin qu'il n'y avait pas d'œdème et que l'examen complet ne révélait rien au poumon, ni au cœur, ni au foie, ni à la rate, ni au système nerveux.

Peu à peu cependant le tableau s'aggrave. L'asthénie s'accroît, empêchant presque la malade de se lever, l'amaigrissement progresse, l'anorexie s'installe complète, et la mort survient brusquement le 25 décembre 1924.

Autopsie. — A l'autopsie, on trouve un *cancer encéphaloïde ulcéré*, large comme une paume de main, siégeant dans la région sous-cardiaque de l'estomac. La tumeur, à bords bourgeonnants, commence à 2 centimètres au-dessous de l'orifice cardiaque. Elle se prolonge sur la petite courbure et les faces de l'estomac, mais respecte presque complètement la grosse tubérosité.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma gastrique atypique.

Il n'existe aucune lésion duodénale ou œsophagienne.

CONCLUSIONS

De cette observation nous tirerons les conclusions suivantes :

1° La forme larvée de ce cancer sous cardiaque — Dans la thèse de notre élève Dumoulin Paris(1924) Nous avons déjà insisté sur les formes larvées œsophagiennes des ulcères juxta cardiaques — Le cas que nous rapportons confirme cette loi : ils s'agissait d'une forme frustre œsophagienne hémorragique et anémique d'un cancer sous cardiaque.

2°. Les signes radioscopiques ont égaré le diagnostic — on a pu croire (l'examen avait été pratiqué par un radiographe particulièrement qualifié) que *la lésion principale était duodenale*, et que l'arrêt œsophagien était dû à un spasme à distance.

3° La réalité était tout autre : Une lésion gastrique sous cardiaque déterminait à distance deux retentissements visibles à l'écran :

— En haut un spasme œsophagien.

— En bas une déformation du bulbe duodenal

C'est là un nouvel exemple de ces retentissements « à distance » des affections digestives.

Ainsi donc l'on ne saurait trop insister sur les difficultés qu'ils peuvent entraîner non seulement dans l'interprétation chimique des faits, mais même comme ici, dans leur interprétation radiologique.

Tels sont les faits. Ce cas particulièrement instructif nous semble appeler trois ordres de remarques qui constitueront les trois chapitres de ce travail.

1° La fréquence *des formes larvées*, dans les affections ulcéreuses ou cancéreuses de la région sous-cardiaque de l'estomac.

2° La *forme anémique* fréquemment réalisée par ces néoplasmes.

3° Le *retentissement à distance* auquel ils peuvent donner lieu.

I

FORME LARVEE DES AFFECTIONS ULCEREUSES OU CANCEREUSES DE LA REGION SOUS CAR- DIAQUE DE L'ESTOMAC

Les ulcères et cancers sous cardiaques restent souvent « sans individualité propre (MM. Le Noir et Agasse-Lafont) (3).

Ils donnent fréquemment naissance à des formes larvées, si sous ce nom, on entend avec Dumoulin (4) « Celles où l'on n'observe pas le syndrome typique, mais où les symptômes d'emprunt mettent un masque (larva) sur la physionomie classique de la maladie ».

En effet, il n'est pour ces ulcères ou pour ces cancers qu'une expression clinique « directe » pourrait-on dire le retentissement sur le cardia.

Mais, très fréquemment, il n'en est rien et l'affection se révèle sous des dehors variables.

Tantôt c'est un sujet d'une cinquantaine d'années qui sans raison appréciable se met à maigrir et à s'affaiblir, en même temps que son appétit diminue. L'âge du malade, son amaigrissement progressif, son anorexie élective, la présence d'hémorragies occultes dans les selles, tout fait penser au cancer digestif et cependant toutes les investigations pratiquées dans le but de le localiser restent vaines.

Tantôt c'est un sujet à teint anémique présentant d'abondantes hématémèses et du méloëna mais chez lequel

on ne peut avoir que des probabilités en faveur d'une affection gastrique.

Parfois encore c'est une métastase hépatique qui semble primitive.

Parfois le malade se présente comme un aérophage telle l'observation rapportée par MM. F. Ramond et Jean Chabrun à la société de gastro-enterologie (5) (8 février 1926) « La pièce anatomique que nous avons l'honneur de présenter à la société de gastrologie est intéressante par son siège, qui est d'une grande rareté, et aussi par le peu de symptômes qu'elle provoqua durant la vie du malade :

« Le cancer est du type encéphaloïde, très végétant, friable, et ses prolongements subissent la fonte purulente, ancérobique en grande partie, d'où sa très grande fétidité. Il occupe tout le fond de la grosse tubérosité, se prolongeant vers le cardia, dont le séparent 3 centimètres environ, et son étendue est environ celle d'une large paume de main.

« A sa partie supérieure, empiétant légèrement sur la face antérieure, par conséquent à peu près du centre de la tumeur existe une perforation de diamètre d'une pièce de 1 franc, dont le fond est fermé par le diaphragme épaisse et infiltré par le cancer. Tout autour s'observe une épaisse symphyse péritonéale, qui applique l'extrémité de la rate contre la tumeur. Le cancer se propage à la plevre diaphragmatique et au cul-de-sac Costo-pleural, et à la base du poumon correspondant, fortement adhérent au diaphragme. Le médiastin n'est pas envahi.

Les autres organes, y compris le reste du tube digestif, étaient intacts. Le foie cependant pesait un peu plus de 2 kilos.

« Voici maintenant l'histoire clinique du malade, âgé de 43 ans, et chaudronnier de son métier. Aucun antécédent d'alcoolisme et de syphilis; réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht négatives; pas d'infections antérieures notables, à part la rougeole et la scarlatine dans l'enfance. Il travaillait dans le cuivre, et avalait quelques poussières de ce métal.

« Le début paraît remonter en juillet 1925. A ce moment là son appétit diminua légèrement, sans disparaître cependant dans les périodes ultérieures. Immédiatement après le repas, il éprouvait une sensation de tension gastrique, surtout costale gauche, suivie de renvois gazeux, inodores les premiers mois, puis nettement fétides, pour lui et pour son entourage. Le tout durait 2 à 3 heures; puis tout semblait rentrer dans l'ordre.

Cependant vers minuit ou une heure, il éprouvait une nouvelle crise d'aérophagie également fétide, qui le tenait éveillé 1 à 2 heures. Pas de hoquet. Exceptionnellement, peut-être 6 à 7 fois dans le cours de la maladie, il éprouva quelques nausées à son réveil, d'ailleurs pas jusqu'au vomissement. Amaigrissement mensuel de 1 kilo.

« Vu l'état de faiblesse à l'entrée à l'hôpital, le chimisme ne fut pas pratiqué. L'examen radiologique, rapidement fait, pour le même motif de faiblesse, ne montra aucune particularité digne d'être notée.

« Au moment de son entrée, et même quelques jours au-

paravant, le malade fut atteint d'une diarrhée fétide, non sanglante, incoercible, incessante, avec 15 à 30 selles quotidiennes, cause de la mort rapide, puisque le malade ne séjourna qu'une quinzaine de jours dans la salle. Il s'agissait d'une de ces diarrhées que l'on observe si communément au cours des cancers infectés du tube digestif. »

Dans d'autres cas enfin, comme nous le reverrons au chapitre de retentissements à distance le malade se présente avec des signes de dyphagie œsophagienne ou avec un syndrome pyloro duodenal.

Quel que soit le masque revêtu dans tous ces cas par le cancer sous cardiaque c'est l'autopsie qui, bien souvent, viendra seule préciser le diagnostic.

Et pièce en main, on est souvent frappé par l'énorme développement de la tumeur et par la discordance qui existe entre son importance anatomique et la pauvreté du syndrome clinique auquel elle a donné naissance.

On ne saurait trop insister sur la difficulté de ce diagnostic et sur les erreurs qu'il risque d'entraîner d'autant que l'examen radioscopique est souvent peu explicite.

Le cancer ou l'ulcère occupent en effet une région haute de la cavité gastrique. La bouillie opaque ne l'impreigne pas quand le sujet est examiné en position verticale. La lésion passe fréquemment inaperçue au niveau de la poche à air gastrique.

Il faut dans ces cas avoir soins de faire coucher le malade et de l'examiner en décubitus. On peut aussi avoir chance de préciser dans quelques cas une image lacunaire ou diverticulaire.

II

FORME ANEMIQUE

Au milieu des différents types qu'est susceptible d'emprunter le cancer sous-cardiaque nous insisterons sur la forme anémique.

Sans doute l'anémie est-elle un symptôme banal du cancer.

Tôt ou tard elle apparaît dans leur évolution. Mais on réserve le nom aux cas où l'anémie constitue un symptôme dominant par sa précocité et par son importance.

Le malade que nous avons observé rentrait absolument dans ce cas.

Il était d'une pâleur extrême qui frappait au premier abord, ses téguments étaient cireux, ses lèvres et ses muqueuses décolorées.

Une telle anémie bien étudiée jadis par le Professeur Hayem (6) reconnaît des pathogénies variables.

Tantôt c'est un suintement sanguin continu ou des hémorragies abondantes qui amènent le malade à un tel état de déglobulisation

Tantôt — à titre exceptionnel — c'est une métastase cancéreuse dans la moëlle des os.

En plus de l'anémie on observe alors des hémorragies, de la splénomégalie, des douleurs osseuses.

Enfin, dans nombre de cas — ainsi que l'indique le Prof. Hayem — Cette anémie reconnaît une origine to-

xique ou toxi infectieuse dont le point de départ est la tumeur cancéreuse elle-même.

Cliniquement cette anémie peut revêtir tous les degrés et parvenir à un état grave dont les signes secondaires retiendront l'attention du malade et du médecin. — Poursuée en effet à un degré suffisant elle donne lieu à de l'asthénie, des vertiges, des palpitations, des bourdonnements d'oreilles.

Dans tous les cas l'examen hematologique est indispensable pour préciser le taux de la déglobulisation et la forme devant laquelle on se trouve.

Le taux des globules rouges tombe en effet au-dessous de 2 millions.

Parfois s'observent les chiffres de 800.000 ou même de 500.000. Comme dans les anémies pernicieuses les plus sévères.

Notre malade avait 1.500.000 hématies avec anisocytose et poikilocytose.

Dans certains cas il s'agit d'une forme plastique ainsi qu'en fait foi la présence d'hématies nucléées, de cellules primordiales, de myélocytes.

Mais bien souvent il s'agit d'une forme aplastique ou hypoplastique. Notre malade répondait à ce type. Mais comme la diminution de l'hémoglobine n'est pas parallèle à celle des hématies, il est possible de trouver une résistance globulaire un peu supérieure à la normale. Dans notre observation elle était de 1.33.

Le temps de saignement et la coagulation étaient sensiblement normaux. Mais il existait une légère fragilité et un allongement de la courbe d'hémolyse. Comme il

est habituel de le constater dans beaucoup d'anémies aplastiques ou hypoplastiques.

Enfin nous signalerons la présence d'hémolysines dans le serum ce qui peut, peut-être, expliquer en partie l'anémie.

Si telles sont les modifications présentées pour les globules rouges, les globules blancs sont souvent augmentés de nombre — Cette leucocytose est habituellement à type polynucléaire. — L'existence de cette polynucléose peut dans certaines formes légèrement fébriles soulever une difficulté diagnostique avec une Perigastrite. —

Jean Decressac (7) dans sa thèse sur « les Perigastrites antérieures suppurées dans le cancer de l'estomac » s'exprime ainsi :

« Nous savons que dans les tumeurs quelles qu'elles soient l'hyperleucocytose avec polynucléose est notée comme un signe banal, quoiqu'à un taux peut-être moins élevé. Il est donc difficile devant un cancer connu de lui attribuer un début d'infection locale. »

Mais comme le dit Decressac lui-même, la leucocytose est à un taux plus élevé dans les Perigastrites. En outre les autres signes de la complication : fièvre plus élevée et oscillante, douleur locale, empâtement péritonéale autour de la lésion gastrique.

III

RETENTISSEMENT A DISTANCE

Si les signes locaux des cancers sous cardiaques sont donc, comme nous venons de le voir, extrêmement peu explicites, des signes à distance peuvent par contre être provoqués par eux et fournir ainsi les plus grandes difficultés de diagnostic.

C'est une grande loi de pathologie digestive — et dont de plus en plus on vérifie la vérité — qu'une lésion anatomiquement locale ne l'est pas fonctionnellement. — Il existe en effet une véritable synergie fonctionnelle entre les différents étages du tratus digestif.

L'atteinte de l'un retentit fréquemment sur l'autre. Il en résulte une intrication symptomatique qu'il convient de débrouiller pour rendre le premier rang au principal exécutant de ce concert pathologique.

Pour n'en citer qu'un exemple, on connaît les appendicites chroniques qui peuvent se présenter comme une colopathie, ou comme une affection gastrique ou duodénale.

L'on ne saurait s'étonner d'observer le retentissement à distance dans un cancer sous cardiaque. Ayant peu de signes qui lui soient propres il se traduit par des signes à distance quand il ne reste pas latent. La plupart du temps il s'agit d'un retentissement œsophagien.

FORME OESOPHAGIENNE DU CANCER SOUS CARDIAQUE

La forme œsophagienne du cancer gastrique est connue depuis longtemps.

Dès 1885 Peter relate le spasme œsophagien au cours d'une gastrite chronique.

En 1895, Schrameck (8) publie sa thèse sur « le spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac »

En 1922, Soupault (9) présente à la Société médicale des hôpitaux de Paris trois observations de syndrômes œsophagiens au cours de rétractions atrophiques de l'estomac.

Le Prof. Chauffard (10) en 1904, Gaillard en 1906 notent à leur tour la possibilité de retentissement œsophagien au cours du cancer gastrique.

En 1908, Berthier (11), dans sa thèse, écrit : « C'est surtout au cours du cancer de l'estomac qu'on aura l'occasion d'observer ce spasme œsophagien symptomatique. — Il se produira évidemment plus volontiers lorsque la tumeur siègera dans le voisinage immédiat que lorsqu'elle siègera éloignée et sera développée dans la région pylorique par exemple. »

Plus près de nous en 1911, Gaisez (12) confirme le retentissement fréquent.

Dans le numéro de la Wiener Klinische Wochenschrift du 13 décembre 1923, le Prof. Hermann Schlesin-

ger de Vienne (13) constate que le cancer gastrique, même éloigné du cardia, peut présenter longtemps, comme signe unique, un spasme œsophagien passager.

D'autres cas sont cités dans les thèses de Jacquier-Brêt (14), Rousseau (15), Mlle Trechtchenkow (16), de Mlle Landermann (17), de Michel (18).

Enfin, tout récemment (1925) cette forme œsophagienne des cancers gastriques a fait l'objet de la thèse de Jupin (19), inspirée par le Docteur Parmentier.

Dans tous ces cancers du point de vue clinique c'est la dysphagie qui domine la scène.

Tantôt on est en face d'un malade qui, sans antécédent gastrique antérieur, vient consulter pour une difficulté à la déglutition. L'examen radioscopique montre en effet, un arrêt de la bouillie opaque soit au $\frac{1}{3}$ inférieur, au niveau de la traversée diaphragmatique. Cependant l'examen œsophagoscopique révèle une muqueuse saine. Et le pronostic d'attente de cardiopasme est porté.

Dans certains cas ce sphasme œsophagien est intermittent, incomplet, capricieux.

Il s'accompagne de régurgitations alimentaires mêlées de salive, survenant bientôt, peu après l'ingestion: mais il disparaît bientôt, pour reparaitre d'ailleurs à intervalles irréguliers. Tantôt au contraire le sphasme est intense, prolongé ou permanent. Il s'accompagne d'un syndrome œsophagien inférieur plus ou moins typique (troubles de la déglutition pour les solides d'abord, puis pour les liquides, avec sensation d'étranglement ou d'obstacle derrière le sternum).

L'amaigrissement, la deshydratation et la cachexie qui ne tardent pas à s'installer en impose pour un néoplasme et cependant, là encore, l'examen œsophagoscopique reste négatif.

On voit donc quelles difficultés de diagnostic peuvent survenir. — Dans quelques cas heureux l'examen radioscopique de l'estomac montrera des signes haut situés. — Mais bien souvent c'est seulement à l'intervention chirurgicale ou à l'autopsie que la localisation sera reconnue.

Dans notre observation le symptôme œsophagien n'était apparu qu'un mois avant l'issue fatale.

Ce retentissement œsophagien des cancers sous cardiaques n'est pas rare, nous en citerons ici quelques cas que nous avons pu relever dans la littérature médicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*(Empruntée au mémoire de Soupault dans le bulletin de la
Société médicale des hôpitaux du 27 juin 1902)*

Femme de 56 ans, Présente des vomissements œsophagiens, est cachectique, ne peut plus tolérer aucun aliment. La sonde pénètre cependant à 53 centimètres des arcades dentaires. A l'autopsie, on constate un estomac petit, formant une masse située à la partie supérieure du creux épigastrique. Les parois sont très épaisses, sclérosées, la cavité est très réduite. Il y a cancer infiltré de l'estomac, la lésion occupant le viscère du cardia au pylore. La cavité de l'estomac est très petite, les parois sont presque accolées l'une à l'autre. La surface interne est mamelonnée de nodosites peu saillantes, l'œsophage est perméable. Le cardia est béant.

OBSERVATION II

*(Empruntée au mémoire de Soupault dans le Bulletin de la
Société médicale des hôpitaux du 27 juin 1902)*

Femme de 42 ans. Depuis l'âge de 12 ans a des vomissements, sans cause, ou pour des causes futiles. Depuis un an, changement de scène : crampes d'estomac, aigreurs, renvois gazeux, vomissements, état général mauvais, appétit qui disparaît et amaigrissement. Depuis cinq semaine, la malade présente de la dysphagie; la malade demande à entrer

à l'hôpital. Elle ne peut avaler aucune nourriture. Les troubles dysphagiques sont des plus nets. Les aliments sont arrêtés, elle ressent une barre transversale, présente de la salivation. Les liquides, de même, ne peuvent plus passer, sauf par petite gorgées. Le cathétérisme œsophagien est facile. Le malade meurt dans la cachexie. A l'autopsie : estomac petit, rétracté, infiltration cancéreuse, contenant à peine un demi-verre. Œsophage sain, cardia perméable.

OBSERVATION III

(Empruntée au mémoire de Soupault dans le Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux du 27 juin 1922).

Homme de 63 ans. Pris de douleurs vives en mai 1899, a une sensation de serrement, sans horaire fixe. La santé continue bonne jusqu'en décembre 1901. A cette époque, digestions difficiles, un mois après présente des troubles de la déglutition. En avalant, il a une sensation d'arrêt au niveau de l'œsophage. Les solides sont rejetés, puis, de loin en loin les liquides. Le cathétérisme montre un œsophage perméable, mais, à partir de ce moment, la dysphagie est devenue absolue pour les solides et les liquides. Le malade maigrit de 10 kilos en 8 jours. L'examen de la région épigastrique est négatif. Le catheterisme, vingt fois pratiqué, est normal, on pousse la soude à cinquante centimes des dents.

Pour soulager le malade, on le confie au chirurgien, M. Hartmann, qui fait une laparotomie exploratrice. Il trouve : un estomac tout petit, retractoré à la partie supérieure de l'épigastre du volume du poing à peine. Il était couvert de nodosités du volume d'un pois à une noix occupant toute

son étendue du cardia au pylore. Le péritoine était envahi par des productions cancéreuses dont on relevait aussi la présence sur l'intestin. Le ventre fut refermé sans qu'on tentât aucune opération.

OBSERVATION IV

(Empruntée à la thèse de Jacquier-Brêt, Lyon 1909)

Homme, de 53 ans dont la santé décline rapidement depuis huit mois. Douleurs épigastriques. Digestions difficiles. Anorexie. Amaigrissement. Les troubles se sont accentués les deux derniers mois : regurgitations incessantes dès qu'il cherche à s'alimenter avec des mets non liquides; seuls ceux-ci passent quoique avec difficulté. Les regurgitations se produisent une demi-heure après la déglutition. Jamais de grands vomissements. Le 14 août 1906, Laparotomie sus ombilicale, estomac atteint de cancer dans toute la coupe. Lésion annulaire et, vis-à-vis d'elle infiltration du petit épiploon. Il persiste deux zones saines de l'estomac : l'une au dessous du cardia et qui a quelques centimètres à peine; l'autre dans la région pylorique où l'antrum pylorique tout entier est indemne. Le cancer divise l'estomac en deux cavités séparées par un rétrécissement cylindrique et donne à l'organe une vague forme biloculaire.

Gastrostomie, antrum pylorique fixé à la paroi. Amélioration immédiate; le lendemain, le malade avale du liquide par la bouche, puis par l'orifice stomacal continent jusqu'à la mort fin octobre 1906.

OBSERVATION V

(Empruntée à la Thèse de Jacquier-Brêt, Lyon 1909).

Homme, de 66 ans. Entre le 25 octobre 1906. Bien portant ordinairement, il décline depuis 6 mois et est dans l'inanition du dernier degré. Anorexie complète, vomissements incessants se reproduisant quelques minutes après l'ingestion des aliments. Le malade refuse pendant trois mois l'opération. Laparotomie : gros néoplasme du grand cul-de-sac, laissant libre le cardia et deux ou trois centimètres de l'estomac au-dessous du cardia. Gastrostomie, grande amélioration, deux mois après a repris 4 kilos. Meurt en 1907, six mois après l'opération.

OBSERVATION VI

(Empruntée à la thèse de Jacquier-Brêt, Lyon 1909)

Homme de 58 ans. Malade depuis six mois, à commencé par maigrir beaucoup et à perdre l'appétit. Depuis trois mois les aliments, même liquides, ont de la peine à descendre. Quelques minutes après la déglutition, il se produit un rejet de grandes quantités de glairs. A la radioscopie, on voit le cachet de bismuth s'arrêter nettement au voisinage du cardia. La cachexie est avancée. Pas de tumeur palpable.

Laparotomie sus-ombilicale le 29 juillet 1908. Cancer de l'estomac situé sur la petite courbure près du cardia et ayant envahi les deux faces. La tumeur est fixée de tous cotés et l'on se borne à pratiquer une gastrostomie guérison opératoire survie de 4 mois.

OBSERVATION VII

(Empruntée à la thèse de Rousseau, Paris 1911).

Homme de 50 ans, entre à l'hôpital le 24 mars 1904, se plaignant d'une difficulté croissante à avaler ses aliments. Début mai 1903. A la deuxième bouchée du repas, sensation de striction, de brûlure à la base du cou; cette bouchée rejetée, le repas continue sans incident. Fin mai et juin 1903, les troubles de la déglutition sont aggravés, celle-ci devient de plus en plus pénible. Le bol alimentaire est rejeté accompagné de mucus, puis de vrais vomissements. En octobre 1903 entre à l'hôpital. A maigri de 3 kilos depuis le mois de mai. Le diagnostic de redressement organique de l'œsophage, avec redressement serré, mais franchissable au 1/3 inférieur, est porté. Pas de diminution de l'appétit, pas de dégoût des viandes, pas de vomissements gastrique, pas d'hématémèse, pas de melœnu constaté.

En mars 1904, le malade est très amaigri, il a un teint pâle, blafard. Dans l'angle formé par le muscle grand droit et le rebord costal, on sent une résistance profonde, une masse très difficile à délimiter, non douloureuse à la pression. Le foie est normal. L'état général baisse rapidement. Mort le 14 août, dans la cachexie, 15 mois après le début des accidents.

Autopsie : Cancer végétant de la petite courbure n'atteignant pas le cardia. Estomac petit rétracté, ganglions cancéreux de la chaîne coronaire et de la chaîne préaortique, ces derniers, entourant l'aorte en virole, fixant la masse à la face antérieure du rocher.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à la thèse de Michel, Lyon 1919).

Duf... âgé de 64 ans, cantonnier, entre dans le service de M. Devic, le 7 avril 1919, pour « Dysphagie ».

Dans ses antécédents, on relève quelques signes de tuberculose (abcès froids, adénite) et un peu d'éthylisme.

La maladie actuelle aurait débuté, il y a quelques mois, par une grosse diminution de l'appétit et une constipation opiniâtre. Mais les troubles dysphagiques remontent à 3 mois et se manifestent par une grosse difficulté pour avaler certains aliments, surtout le pain. Le malade explique que, dès la première bouchée, il sent un arrêt qu'il localise derrière le sternum, arrêt suivi, souvent, quelques minutes après, du rejet de l'aliment dégluti au milieu d'une salive abondante. Il précise que ces vomissements ne portent jamais sur des aliments digérés. Il lui arrive de garder plusieurs heures cette impression d'arrêt qui ne cesse qu'avec la regurgitation. Dans l'intervalle des repas, rejet fréquent et abondant de glaires, dans lesquelles le malade n'a jamais constaté de sang.

A l'entrée, on se trouve en présence d'un malade amaigri qui dit avoir perdu 15 kilos depuis le début de ses troubles gastriques. Teint jaune paille. Asthénie très marquée. Œdème des jambes après la marche. La langue est saburrale. L'examen de l'abdomen n'offre que des symptômes négatifs, palpation complètement indolore, aucune masse au creux épigastrique. Petits ganglions durs dans les aisselles et les régions inguinales.

Le 9 avril, la radiographie montre que le bismuth s'accumule au-dessus du cardia au niveau duquel il s'arrête un certain temps; nombreux mouvements antipéristaltiques. Au bout de quelques minutes, la bouillie descend dans l'estomac

assez rapidement. Ce dernier présente une lacune extrêmement bien délimitée au niveau de la petite courbure dans la partie voisine du cardia.

Le 10 avril, nouvel examen. Après ingestion d'une bouillie bismuthée, le spasme du cardia a, à peu près complètement disparu. Il reste seulement quelques traces de bismuth et pendant très peu de temps, une demi-minute environ, au dessus du cardia. L'image gastrique est sensiblement la même que celle notée hier. L'estomac, dans ses régions prépyloriques et pyloriques, est animé de contractions énergiques.

Le 12 avril, troisième examen radioscopique. Même image que la première fois : le bismuth arrêté au cardia avec mouvements antiperistaltiques intenses. La bouillie passe par intermittence dans l'estomac, en quelque sorte par jets.

Le 21 avril, cliniquement, le malade se sent mieux, il mange plusieurs petits potages par jour, ne vomit plus.

OBSERVATION IX

(Empruntée à la thèse de Michel, Lyon 1919).

Val..., âgé de 66 ans, domestique, entre dans le service de M. Devic, le 12 mars 1919, pour « vomissements ». En dehors d'un éthyisme très marqué, rien d'intéressant à noter dans ses antécédents. La maladie actuelle remonte à un an environ.

A cette époque, après avoir mangé, le malade ressentait une sensation de corps étranger au niveau du sternum, sensation qui disparaissait par l'ingestion d'un verre d'eau. Il avait un peu maigri et perdu ses forces, mais l'état général se maintenait encore bon.

C'est au mois de janvier 1919 que la maladie s'aggrava et que les signes devinrent caractéristiques. Immédiatement après avoir mangé sa soupe, le malade était obligé de se lever de table pour rendre ce qu'il venait d'ingérer, indifféremment solides et liquides, et cela quotidiennement, après chacun des repas. Il y a une quinzaine, ces vomissements se sont considérablement espacés et le malade n'en a eus que deux ou trois après avoir avalé du pain mal mastiqué. Jamais il n'a eu de grands vomissements à jeun le matin ou dans l'intervalle des repas.

Jamais d'hématèmèse, ni de melœna. A l'entrée le malade se plaint seulement de pesanteur épigastrique, immédiatement après le repas. L'appétit subsiste diminué. L'amaigrissement est considérable, les forces se sont évanouies, lui rendant tout effort impossible. Teint jaune. L'abdomen est rétracté, le creux épigastrique sensible, mais l'exploration en est négative, on ne voit pas de voussure, on ne sent pas de tumeur.

Le 15 mai 1919, le malade, vu à la radioscopie, donne les résultats suivants :

Le bismuth s'accumule dans l'œsophage, arrêté au niveau du cardia. L'œsophage n'est pas sensiblement dilaté, il ne se vide que lentement, un peu de bismuth persistant encore au niveau du cardia dix minutes après l'ingestion. Quant à l'image gastrique, elle indique une cavité stomacale très réduite de volume par un gros néoplasme à peu près généralisé à tout le viscère.

Le 18 mars, on note que le malade n'a présenté, depuis son entrée, des vomissements qu'à trois reprises. A signaler aussi de temps à autre des regurgitations purement salivaires et, subjectivement, quelques douleurs épigastriques peu violentes.

Le 20 mars, la laparotomie est faite par le docteur Deloré, qui trouve un énorme cancer gastrique occupant presque

tout l'estomac et remontant très haut près du cardia. Devant l'impossibilité de faire une anastomose, on arrête là l'intervention.

Le 28 mars, le malade n'a pas vomis depuis son opération, se sentant très amélioré, il demande à sortir.

OBSERVATION X

(Empruntée à la thèse de Michel, Lyon 1919).

Viv..., âgé de 75 ans, tisseur, entre dans le service de M. Devic, le 23 juin 1914, pour « Troubles digestifs consistant surtout dans une gêne à la déglutition des aliments et une forte constipation ». Dans ses antécédents, on relève la syphilis et plusieurs blennorragies dont les séquelles subsistent encore sous forme d'un rétrécissement de l'urèthre.

Pas d'éthylisme marqué.

Les troubles actuels auraient débuté, il y a deux mois, par de la constipation, de la perte d'appétit, du dégoût des aliments et surtout de la dysphagie.

Les aliments descendaient difficilement : ayant la sensation de l'aliment qui ne passe pas, il arrivait souvent au malade de rejeter immédiatement ce qu'il venait d'ingérer. Le pain, la viande ne cheminent que très péniblement. Aussi Viv... se nourrit-il seulement de potage et de lait. L'amaigrissement et l'asthénie sont très grands.

Le malade n'a jamais eu de vomissements ni alimentaires, ni sanglants, et il ne signale que des regurgitations survenant surtout après l'ingestion d'aliments solides. Augmentation de la salivation. Pas de sang macroscopiquement, mais un Weber positif à deux reprises dans les fèces.

A l'examen, l'abdomen, qui est trop souple, ne révèle rien

à la palpation en dehors d'un peu de sensibilité dans le creux épigastrique, à gauche de la ligne médiane.

Le 27 juin, à la radioscopie, à jeun, rien à signaler. Deux cachets de bismuth successivement avalés sont arrêtés quelques instants au niveau de la bouche œsophagienne, puis au niveau du cardia qui les retient bien plus longtemps. La bouillie qui est ensuite ingérée passe très bien au niveau de la bouche œsophagienne, mais, au niveau du cardia, il semble y avoir plutôt filtration que descente physiologique.

En effet, une fois toute la soupe absorbée l'œsophage apparaît légèrement distendu dans ses deux tiers inférieurs. L'estomac, qui s'emplit lentement, est presque tout entier à gauche de la ligne médiane, son bas fond est à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il présente une lacune au niveau de la petite courbure dans sa partie supérieure, et une autre lacune au niveau de bas fond.

Le 27 juin, on note à nouveau : « spasme du cardia avec stase de la bouillie dans l'œsophage. Estomac petit. Lacunes de la partie supérieure de la petite courbure et des bas fond. » Le malade sort le 1^{er} juillet, ayant refusé l'intervention.

OBSERVATION XI

(Empruntée à la thèse de Jupin. Paris 1925).

Mme R. (Julie) âgée de 34 ans, est venue consulter le 18 octobre 1924, pour sensation d'étouffement dès l'ingestion des aliments et vomissements immédiats en fusée.

Le 23 octobre, elle entre à l'Hôtel Dieu dans le service du docteur Parmentier. Depuis un an, elle a la sensation de

pesanteur gastrique après les repas. Puis des troubles plus nets ont apparu d'une manière progressive, sans que la malade ait à ce moment des contrariétés ou des ennuis particuliers. C'est depuis six mois que, petit à petit, la malade ressent une sensation d'étouffement aussitôt après l'injection des aliments, avec impression d'arrêt derrière l'appendice xiphoïde. Ces arrêts de dyphagie surviennent alors, par crises nettes en dehors desquelles l'ingestion des aliments est normale. Lors de l'accès, tout peu rentrer spontanément dans l'ordre, ou bien un vomissement plus ou moins glaireux met fin aux malaises. Les aliments solides et absorbés rapidement sont d'abord seuls arrêtés, puis les liquides eux-mêmes produisent cette sensation d'arrêt momentané pour passer ensuite, petit à petit. Si, au moment de l'arrêt, la malade absorbe une gorgée d'eau, elle rend aussitôt les aliments ingérés mêlés à des glaires et à un liquide filant, sans goût, acide ou amer. C'est pourquoi la malade supprime volontairement les boissons aux repas. Dans l'intervalle, les liquides passent lentement, après sensation d'arrêt.

Ces troubles, qui survenaient par crises, apparaissent plus tard d'une manière plus continue. La malade n'a jamais présenté d'hématémèse ni de mœœna. Elle n'a pas de douleurs gastriques ni abdominales. Elle présente un amaigrissement très marqué (16 kilos).

Examen radioscopique pratiqué le 21 octobre 1924 par le docteur Maingot : Six heures après un repas opaque de sulfate de baryum occupe le siège habituel, fin de l'iléon, cœcum, colon ascendant. Un paquet opaque pris debout derrière l'écran tombe jusqu'au diaphragme, s'arrête, est déformé par des contractions qui, de temps en temps, le font remonter, se fragmente et passe par très petits morceaux dans l'estomac.

Le resté ou paquet demeure au diaphragme malgré la dé-

glutition d'une gorgée d'eau. L'ingestion d'un lait baryté montre que le bas de l'œsophage est dilaté.

Deuxième examen radioscopique pratiqué le 11 novembre 1924 par le docteur Maingot. Un paquet opaque, pris debout, derrière l'écran, tombe au diaphragme, s'arrête et demeure malgré la déglutition d'une gorgée d'eau. Des contractions du bas de l'œsophage font monter et descendre le paquet, le mouvement atteint une amplitude de 10 centimètres. Vingt à vingt-cinq minutes après l'ingestion du cachet, la situation est encore la même. Un cliché fait trente à quarante minutes après l'ingestion du cachet donne la même image.

Le 14 novembre, la sonde est arrêtée au même point et ramène un peu de baryte ingérée 3 jours auparavant.

Le 21 novembre, la malade est opérée dans le service du Professeur Hartmann : Laparotomie, cancer de la petite courbure envahissant le cardia, gastrostomie, coeliotomie exploratrice.

Après cette opération, la malade a ressenti quelque amélioration, crises d'étouffement moins marquée, elle peut ingérer un peu de bouillon. Mais, bientôt tous les troubles ont repris leur degré maximum et, actuellement l'alimentation n'est possible que grâce à sa bouche stomacale. Elle continue à vomir des matières glaireuses et sanguinolentes.

Guérison opératoire — La malade meurt peu à près — autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XII

(Empruntée à la thèse de Jupin, Paris 1925).

M. D... (Marius), âgé de 51 ans, employé de chemin de fer, entre dans le service le 21 avril 1925, envoyé par le docteur

Bergeret, parce que les aliments ne passent plus et qu'il souffre de l'estomac.

Le malade, bien portant jusqu'il y a un an, a présenté à cette époque des douleurs abdominales, analogues à des coliques; commençant dans l'hypochondre gauche, remontant vers l'épigastre et irradiant un peu dans le dos. Ces douleurs à peu près continues, légèrement calmées par le décubitus dorsal, présentant des paroxysmes aussitôt après les repas, jusqu'à deux heures après, durent depuis deux mois.

Le malade, à la suite d'un régime comportant peu de liquide, voit ses douleurs s'atténuer peu à peu; mais le malade n'a plus d'appétit. « Il doit se mettre à table sans faim parce que c'est l'heure. » De plus, il maigrit. Il y a trois semaines, les douleurs reprennent notre malade brusquement aussitôt après le repas; elles sont comparées à une pesanteur avec un point douloureux sur le côté gauche du thorax.

Les aliments ne passent plus que très lentement donnant la sensation au malade — d'un arrêt dans l'œsophage — Les aliments liquides ou pâteux passent plus facilement. Bientôt l'ingestion de liquides provoquent des regurgitations.

A son entrée, l'examen physique montre un ventre ballonné avec une circulation veineuse assez apparente.

L'examen radioscopique pratiqué le 22 avril 1925 montre qu'à l'ingestion de la bouillie opaque, l'œsophage se distend considérablement sur toute sa longueur. Le passage par le cardia se fait lentement par un mince filet — Une heure après le repas opaque il reste encore de la baryte dans l'œsophage. Les conclusions tirées de cet examen radioscopique sont : « stenose serrée du cardia ».

La laparotomie pratiquée par le docteur Bergeret montre une carcinose péritonéale généralisée — un cancer de la petite courbure envahissant les parois de l'estomac et le cardia — on referme la paroi.

OBSERVATION XIII

(Empruntée à la thèse de Jupin, Paris 1925).

Mme D..., 36 ans, cantinière entre dans le service du docteur Parmentier pour amaigrissement considérable (27 kilos depuis un an). Soumise à un régime sévère par son médecin — qui la traite pour un ulcus gastrique — Ce traitement ne procure aucune amélioration.

En juillet 1924, les aliments ingérés ne passent plus — ils sont arrêtés et rejetés, avec un liquide glaireux, non acide. La malade accuse une sensation d'arrêt et de constriction et des nausées. Les aliments solides produisent seuls ces phénomènes dysphagiques.

Le 16 juillet 1924, on examine la malade à la radioscopie et on fait le diagnostic de rétrécissement du cardia — on fait des dilatations avec des sondes olivaires, qui ne procurent à la malade aucune amélioration.

Le 4 octobre 1924, la malade entre dans le service du docteur Parmentier — On pratique un nouvel examen radioscopique le 7 octobre : un paquet opaque ingéré laisse en passant un résidu dans la gouttière pharyngo-laryngienne puis tombe au voisinage du diaphragme, et s'arrête dans une dilatation située à 2 centimètres au-dessus du diaphragme. Pas de lacunes visibles.

Le bas de l'œsophage s'effile en fuseau, mais les phénomènes de dysphagie s'étant accentué on pratique un nouvel examen radioscopique le 25 novembre 1924 et donne les résultats suivants : « Le médiastin postérieur est assombri à la bifurcation de la trachée — Un paquet opaque descend dans l'œsophage, remonte, redescend, et demeure, malgré la déglutition d'une gorgée d'eau. Le paquet baryte est en partie passé dans l'estomac un quart d'heure après son in-

gestion — le repas opaque ne remplit pas suffisamment l'estomac pour qu'il soit possible de la décrire — Les contractions pyloriques sont extrêmement rapides — L'estomac est petit; les contours sont irréguliers, du sulfate de baryte reste retenu par places dans la cavité au voisinage du cardia, comme s'il y avait des saillies lacunaires ».

La malade meurt environ trois semaines après, sans qu'on ait pu pratiquer ni intervention ni vérification anatomique.

FORME DUODENALE DU CANCER SOUS CARDIAQUE

Si le retentissement œsophagien est le plus fréquemment constaté au cours du cancer gastrique sous cardiaque il n'est pourtant pas le seul. Et notre observation montre que des signes duodénaux peuvent être provoqués par le même cancer.

Nous insistons sur le fait que les signes duodénaux que nous avons constatés étaient des signes radiologiques, et qu'ils avaient été retrouvés à deux examens effectués à distance par deux radiologistes différents et particulièrement qualifiés.

Le premier notait un estomac orthotonique, hyperkinétique, à évacuation rapide, avec bulbe duodenal douloureux à la palpation.

Un mois après, le second voyait un estomac animé d'un penistaltisme violent, un bulbe duodenal ne se remplissant pas spontanément d'une façon complète, sensible à la palpation, et nettement déformé après expression manuelle.

On ne saurait trop retenir l'attention sur ces images radiologiques fallacieuses.

On admet très facilement en effet qu'une lésion du tractus digestif peut provoquer un retentissement fonctionnel à distance. Mais on croirait communément trouver dans l'exploration radiologique un moyen de trancher ces cas litigieux — on voit qu'il n'en est rien, et que ce retentissement à distance peut déterminer sous écran des modifications de l'image radioscopique capable d'induire en erreur.

C'est là un point sur lequel notre maître M. le docteur Le Noir insiste fréquemment dans son enseignement. Et l'on voit, en généralisant cette notion du retentissement à distance dans les affections digestives, tout l'intérêt pratique qui en découle pour le diagnostic de localisation et toutes

les erreurs que sa méconnaissance risquerait d'entraîner tant pour le clinicien que pour le radiologiste.

L'existence de ces retentissements à distance pose un double problème qu'il nous reste maintenant à envisager :

1° Leur pathogenie

2° Les moyens de les diagnostiquer et de les différencier d'une lésion véritablement organique.

Pathogénie des retentissements à distance

Deux théories se proposent d'expliquer ces retentissements à distance :

a) une théorie nerveuse reflexe :

b) une théorie toxique

A Théorie nerveuse reflexe

On sait que certains auteurs, à la suite des travaux d'Epinger et de Hess divisent les malades gastriques en vagotoniques et sympathicotoniques.

Le syndrome vagotonique se caractériserait par du myosis, une salivation exagérée, un ralentissement du cœur, une hypersécrétion gastrique avec hyperchlorhydrie et hypertonicité.

Le syndrome sympathicotonique se traduirait par de la mydriase, une diminution de la sécrétion salivaire, l'accélération du cœur, l'insuffisance de la motilité et de la sécrétion gastrique.

Sans entrer ici dans la discussion de ces syndromes un peu schématiques peut-être, nous nous bornerons à repro-

duire cette page où MM. Lœper et Forestier (20) expliquent l'importance des lésions nerveuses du pneumogastrique et le cardiospasme recurrent dans le cancer de l'estomac « Le néoplasme est susceptible de comprimer, de détruire ou d'exciter les radicules nerveux et même des troncs importants du nerf vague, et de réaliser des troubles moteurs analogues à ceux qui détermine l'inflammation d'un ulcère ou le couteau du chirurgien. La plupart de ces symptômes moteur occupent la région médiogastrique ou la région pylorique. Mais il n'est pas impossible qu'ils aient aussi pour siège le cardia. Le phénomène est plus rare. Il est inconnu dans le domaine expérimental, mais il n'est pas absolument nouveau en pathologie gastrique, et les constations faites dépassent déjà le domaine des hypothèses. Heyrowski, Krauss et Paltauf ont publié quelques cas d'ulcus pylorique ou prépylorique accompagnés de spasme cardiaque si marqué qu'un de ces cas au moins nécessita la gastronomie. L'un de nous fit voir dans un cas de ces ulcus gastriques à manifestations à distance, que l'on peut appeler rétrogrades, des lésions importantes des radicules nerveux du vague.

« Ce qui s'est dit de l'ulcus peut et doit se dire du *cancer*. Avec une moindre fréquence, il faut l'avouer, car le cancer est moins irritant, moins excitant que l'ulcus. Mais à l'inflammation nevritique qu'il peut engendrer s'ajoute la propagation du néoplasme dans les gaines nerveuses, que nous avons indiquée et discutée plus haut.

« Et nous croyons pouvoir conclure que le spasme du cardia prend place à côté des autres signes d'irritation du vague, par quoi s'accuse, dans certains cas, le cancer de la petite courbure; que le spasme suffit souvent à caractériser la forme *sous cardiaque* ou pseudo-œsophagienne et que son substratum physiologique peut résider dans les lésions nevritiques des radicules du vague ou dans les lésions névri-

tiques des radicules du vague ou dans la cancérisation progressive et ascendante de ses radicules ».

Mais on sait que pour certains auteurs il s'agirait non pas d'un cardiospasme proprement dit, où le pneumogastrique et le sympathique méleraient leur action réciproque, mais un phrenospasme, c'est-à-dire un spasme diaphragmatique.

Plusieurs auteurs en effet (Guises (21), Dufourmentel (22), Saignon (23), Chevaillier Jackson (24), Ramond, Boniers et Jacquelin (25) admettent que le cardia classique, limite histologique entre l'estomac et l'œsophage, n'est pas le véritable sphincter aëso-phago-gastrique. Celui-ci siègerait 2 à 3 centimètres plus haut, au niveau du diaphragme.

B *Théorie toxinique tumorale*

La théorie nerveuse reflexe n'est pas la seule invoquée. Dans l'article que nous avons déjà cité Schlesinger (13) après avoir déclaré « vraisemblable » l'origine nerveuse réflexe par excitation du pneumogastrique, émet une autre hypothèse. « Il est possible, dit-il que des actions toxiques jouent un rôle ».

Quoiqu'il en soit nous n'avons pas à trancher dans cette discussion pathogénique.

Quelques explications qu'on en fournisse le fait clinique existe.

DIAGNOSTIC DES CANCERS SOUS CARDIAQUES

Nous avons vu chemin faisant les diagnostics divers que pouvaient soulever un cancer sous cardiaque. Enoncer les différents types cliniques qu'il est susceptible de revêtir, c'est énoncer autant d'erreurs possibles.

Pratiquement, étant donné ce que nous avons dit des retentissements à distance, deux diagnostics surtout à éliminer : un cancer de l'œsophage, une lésion duodénale.

Dans tous les cas on recourra à l'administration de belladone ou d'atropine pour faire cesser le spasme. C'est seulement les précautions prise que l'on pratiquera l'examen radioscopique.

Mais l'atropine ne suffit pas toujours. Dans ce cas le diagnostic peut-être très délicat, tel notre cas, tels également d'autres cas rapportés par Schelesinger.

L'œsophagoscopie peut servir pour reconnaître la nature exacte de la lésion œsophagienne.

Nous sommes plus désarmés pour ce qui est du duodenum, dont les fausses images pathologiques sont à la vérité beaucoup plus rares.

D'ailleurs en pratique, le problème se pose dans les termes suivants : on est en face d'un malade qui maigrit, qui palit et qui devient très asthénisé. Un tel sujet « sent le cancer ».

Au clinicien d'en dépister le siège. On ne manquera jamais de penser en premier lieu au cancer gastrique, même, si de prime abord, aucun signe n'oriente dans ce sens.

On fouillera soigneusement l'histoire du malade pour retrouver quelques signes de dyspepsie.

Une recherche de sang dans les selles est positives : nouvel argument.

L'examen radioscopique ne sera pas toujours d'un grand

secours, nous l'avons déjà dit. Néanmoins on le fera dans les meilleurs conditions possibles, c'est à dire en examinant le malade couché et en le faisant tourner d'un côté et de l'autre.

La distinction entre le cancer et l'ulcère sous cardiaque sera parfois épineux. C'est avant tout sur la conservation de l'état général que l'on se fondera.

Enfin nous croyons qu'une recherche est appelée à rendre les plus grands services dans les cas litigieux : la recherche de chimisme gastrique, surtout par l'épreuve de l'Histamine telle qu'elle a été proposée par MM. le Prof. Carnot et le Dr Libert.

On sait en quoi elle consiste. Le malade à jeun, on lui fait avaler le petit tube d'Einhorn, qui permet de reconnaître l'existence d'une stase à jeun — Puis on injecte par voie sous cutanée 1 c. c. d'une solution d'histamine à 1/1000 — De 10 minutes après l'injection, atteint son acmé après 30 à 40 la sécrétion gastrique ainsi provoquée.

Chez un sujet normal « la sécrétion débute d'ordinaire 10 minutes après l'injection, atteint son acmé après 30 à 40 minutes, et se prolonge une heure, une heure et demie, parfois même davantage » (Libert) (26).

Ce suc d'histamine est fortement acide, plus riche en HCL que le suc obtenu après un repas d'épreuve.

Chez les cancéreux la réponse est « tardive, irrégulière, faible et brève ». Le suc gastrique ainsi recueilli est souvent absolument anachlorhydrique. En outre il est constamment hématique.

Chez les ulcéreux au contraire la réponse est précoce, constante, abondante et prolongée. Le suc est toujours hyperacide.

On voit les divers arguments que l'on peut invoquer en faveur d'un cancer sous cardiaque.

Il n'en reste pas moins que son diagnostic est presque toujours des plus délicats.

Nous voulons en terminant signaler une dernière cause d'erreur radiologique. Le cancer sous cardiaque peut adhérer précocement au foie, fixant ainsi l'estomac en haut, troublant ainsi toute la statique et toute la mobilité gastrique. Il s'ensuit que sous écran on peut, dans certains cas, avoir une image de « petit estomac » s'évacuant rapidement, et donnant une fausse impression de linite.

TRAITEMENT

Délicat dans son diagnostic, le cancer sous cardiaque est souvent navrant dans sa thérapeutique.

Fréquemment en effet il n'est reconnu que tardivement. Presque toujours il est trop haut situé ou trop étendu pour être justiciable d'une exérèse.

Parfois même une Gastro-Entérostomie est impossible ou inutile.

Nous ne pouvons ici que soulever l'hypothèse d'un traitement radiumthérapique.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer gastrique sous cardiaque est celui qui siège haut, sur la petite courbure, la grande courbure, les faces, intéressant directement ou n'intéressant pas le cardia, mais toujours développé à son voisinage.

II. — Ce cancer n'a la plupart du temps aucune individualité propre.

Il revêt d'ordinaire des formes frustres ou larvées : anémique, hémorragique, cachectique, métastatique (foie).

Souvent aussi il donne lieu à des retentissements à distance, œsophagiens ou duodénaux.

III. — L'anémie est habituellement une anémie grave à type hypoplastique ou aplastique. On peut trouver des hémolysines dans le sérum sanguin de ces malades.

IV. — Les retentissements à distance risquent d'égarer le diagnostic. Il s'agit non seulement de retentissements fonctionnels, mais parfois d'images radioscopiques fixes d'interprétation délicate. Ce retentissement a une origine soit nerveuse réflexe, soit toxinique tumorale.

V. — Le diagnostic de ces cancers sous cardiaques est donc toujours des plus délicats.

Il sera grandement aidé par l'épreuve de l'histamine.

Vu le doyen,
ROGER

Vu le Président de la Thèse,
P. CARNOT

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

- (1). GUÉRIN. — Les ulcères juxtocardiaques de l'estomac. Thèse Lyon 1919.
- (2). LE NOIR, BARIETY ET MAMOUL. — Retentissement œsophagien et duodenal d'un cancer gastrique sous cardiaque à forme hémorragique et anémique. Bulletin et Mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. 7 mai 1926.
- (3). LE NOIR ET AGASSE-LAFONT. — in nouveau traité de Médecine.
- (4). DUMOULIN. — L'ulcus juxtocardiaque de l'estomac. Thèse Paris 1924.
- (5). F. RAMOND ET JEAN CHABRUN. — Cancer de la grosse tubérosité gastrique. Société de gastro enterologie, 8 janvier 1926. Les archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition. Tome XVI. n° 3. Mars 1926. p. 345-346.
- (6). HAYEM ET LION. — Traité des maladies de l'estomac 1913.
- (7). JEAN DECRESSAC. — Des perigastrites antérieures suppurrées dans le cancer de l'estomac. Thèse de Paris 1924.
- (8). SCHRAMECK. — Thèse de Lyon 1895.
- (9). SOUPAULT. — Note sur un syndrome simulant le rétrécissement de l'œsophage, dû à la rétraction atrophique de l'estomac. Bulletin et Mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. 27 juin 1902. p. 641.
- (10). CHAUFFARD. — Journal des Praticiens. 1904. p. 209.
- (11). BERTIER. — Thèse de Paris 1908.
- (12). GUISEZ. — Traite des maladies de l'œsophage 1911.
- (13). SCHELESINGER. — œsophagospasmus als Frühsymptom der Magen Karzinoms. Wiener Klinische Wochenschrift 1923. X N° 50 page 882.
- (14). JACQUIER-BRET. — Thèse de Lyon. 1909.
- (15). ROUSSEAU. — Thèse de Paris 1911.

- (16). M^{LE} NADEDJA TRECHTCHENKOW. — Thèse de Paris 1913.
- (17). M221 LANDESMANN. — Thèse de Paris 1917.
- (18). MICHEL. — Thèse de Lyon 1919.
- (19). HENRI JUPIN. . . Contribution à l'étude de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac. Thèse de Paris. 1-925.
- (20). LœPER ET FORESTIER. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. 1921. p. 307.
- (21). GUISEZ. — Diagnostic et Traitement de rétrécissements de l'œsophage et de la trachée. Paris 1923.
- (22). DUFOURMENTEL. — Phrenospasme. Congrès de la Société française d'O. R. L. Paris 1921.
- (23). SAIGNON. — Quelques considérations sur l'anatomie, la physiologie de l'œsophage normal et pathologique. Journal de médecine de Lyon. octobre 1922.
- (24). RAMOND, BONIERS ET JACQUELIN. Sur l'abouchement de l'œsophage dans l'estomac. Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. 4 nov. 1921.
- (25). P. CARNOT, W. KOSKOWSKI ET E. LIBERT. — Soc. Biologie. Séances des 18 et 25 mars 1922.
- P. CARNOT ET E. LIBERT. — Soc. de Biologie. Séance du 27 juin 1925.
- P. CARNOT ET E. LIBERT. — Société gastro-Enterologie, séance du 12 novembre 1925.
- P. CARNOT ET M^{LE} GUIZENWSKA. Soc. Briol. séance du 27 juin 1925.
- (26). E. LIBERT. . . Un nouveau procédé d'exploration des fonctions secrétaires de l'estomac : l'Epreuve de l'histamine. Progrès médical. N° 5. 30 janvier 1926.
-

